

Gebelik ve Over Kanseri

Şakir KÜÇÜKKÖMÜRCÜ*
Nihat BAYRAK**
Şahsine TOLUNAY***

ÖZET

Gebelikle birlikte bulunan bir primer over kanseri olgusu sunulmuş ve literatür gözden geçirilmiştir.

SUMMARY

Ovarian Cancer Associated with Pregnancy

A case of primary ovarian carcinoma associated with pregnancy is presented and literature is reviewed.

Gebelikte primer over kanserine çok ender rastlanmaktadır.

Gebelikle birlikte bulunan over tümörleri ortalama her 1000 doğumda bir görülmektedir¹. Bu tümörlerin % 2,2-5'i ise malign karakterlidir²⁻⁴. Diğer bir deyişle her 18000-25000 gebelikte bir over kanserine rastlanmaktadır^{4,5}.

Jubb 1882-1963 yılları arasında kendisinin yayınladığı 10 olgu ile birlikte literatürde toplam 34 olgu derlemiştir³. Creasman 1971 de 17, Chung ise 1973 te 6 olgu yayınlamışlardır^{5,6}. Diğer taraftan Emil Novak tümör arşivlerinde 1942-1972 yılları arasında toplanmış, gebelikle birlikte görülen 2300 over tümörü içinden 100 tanesinin malign over tümörü olduğu bildirilmektedir⁷.

Bu yazımızda, kliniğimizde tanısı konulup, tedavisi planlanan gebelikle birlikte primer over kanserli bir olgu sunulmuş ve literatür gözden geçirilmiştir.

* Doç. Dr.; Uludağ Üniv. Tıp Fak. Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı.

** Dr.; Uludağ Üniv. Tıp Fak. Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı.

*** Uzman Dr.; Uludağ Üniv. Tıp Fak. Patolojik Anatomi Anabilim Dalı.

OLGU

35 yaşındaki F.A. kliniğimize 6.1.1986 tarihinde karnının sağ alt kısmında ağrı, mide bulantısı yakınmaları ve mevcut gebeliğinin sonlandırılması isteği ile başvurdu.

Gr: 6, P: 3, Ab: 2, son adet tarihi 1.11.1985 olan hastanın öyküsünde üriner infeksiyon ve dismenore yakınmaları dışında bir özellik yoktu.

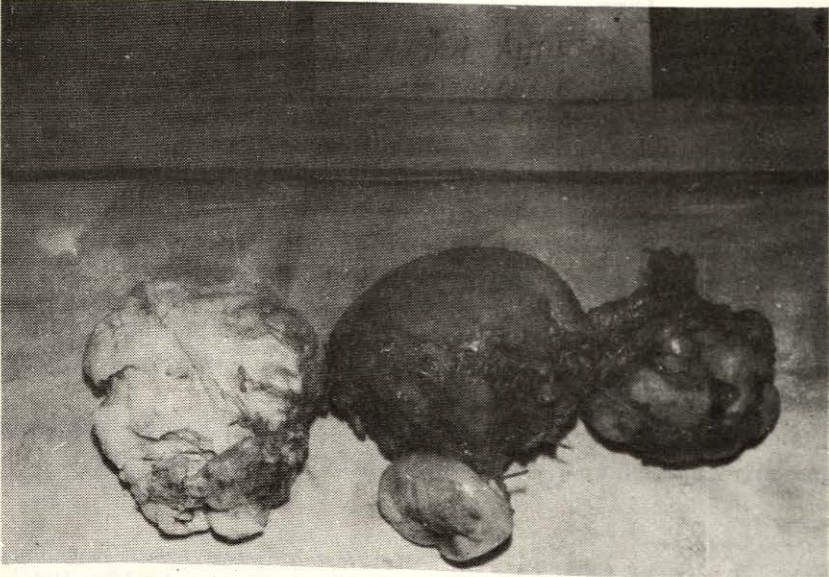
Genel fizik muayenesi normaldi. Vajinal muayenede, uterus 2,5 aylık gebelik büyüklüğünde ve yumuşak olarak saptandı. Uterusun sağında, uterusun arkasından sol adneksiyal bölgeye dek uzanan, sınırları pek düzenli olmayan 8-9 cm çapında sert kitle mevcuttu. Gebelik testi (+) idi ve IVP'si normal olarak değerlendirildi.

8.1.1986 da yapılan ultrason tetkikinde kalb hareketleri izlenen intrauterin fetal nod ile, umblikusun sağ alt kesiminde overle ilişkisi belirlenemeyen 8x10 cm çapında, lobule, septalı ve içinde membranöz yapılar olan kistik bir oluşum saptandı.

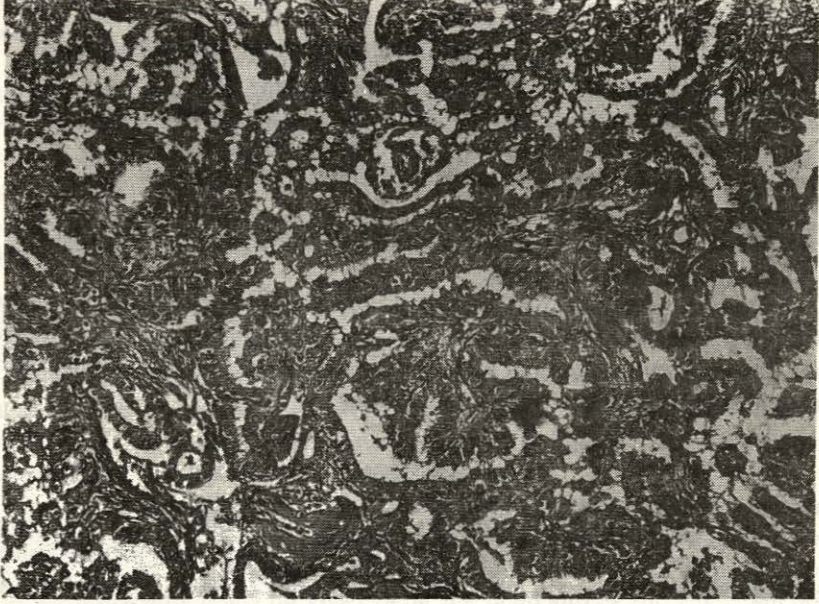
Hastanın gebeliğinin sonlandırılması ve laparotomi yapılmasına karar verildi.

10.1.1986'da gebeliğin sonlandırılmasının ardından laparotomi yapıldı. Batın eksplorasyonunda; uterus 2 aylık gebelik büyüklüğünde, sağ over 8x10 cm boyutlarında multilobule, kistik; sol over 6x4 cm boyutlarında, multilobule, kistik görünümde; uterus ön yüzü ve sigmoid kolon serozası üzerinde metastatik olabilecek infiltratif görünüm saptandı. Diğer batın içi organlar ve omentum normaldi, batında ascites yoktu.

Sağ overden yapılan frozen biopsi sonucunun (B-121-86) "adenokarsinoma" olarak gelmesi üzerine total abdominal histerektomi + bilerateral salpingo-ooferektomi yapıldı (Resim: 1).



Resim: 1
Operasyon Piyesinin Makroskopik Görünümü.



Resim: 2
Sol overden alınan biopsinin mikroskopik görünümü
Hem. Eo., 10x6.3/0.20



Resim: 3
Sağ overden alınan biopsinin mikroskopik görünümü
Hem. Eo., 10x16/0.40

Operasyon piyesinin histopatolojik sonucu (B-122-86), (B-139-86):

Sağ over: Seröz papiller kistadenokarsinoma (düşük malign potansiyelli),

Sağ tuba: Salpingitis isthmica nodosa + basit seröz kist,

Sol over: Seröz papiller kistadenokarsinoma (düşük malign potansiyelli),

Sol tuba: Salpingitis isthmica nodosa + basit seröz kist,

Uterus: Gebeliğe uyan endometrium + sinsial endometritis,

Cervix: Cervicitis, naboth kistleri,

olarak bildirildi (Resim: 2, Resim: 3) ve hastada gebelikle birlikte bulunan over kanserinin stage'i I-B olarak belirlendi.

Hastada post-operatif dönemde hiçbir komplikasyon görülmedi ve hastaya bir onkoloji merkezinde 31.3.1986-29.4.1986 tarihleri arasında radyoterapi uygulandı. Halen hiçbir yakınması olmayan hasta, over kanseri residivi ve klimakterik yakınmaları açısından periyodik kontrolde tutulmaktadır.

TARTIŞMA

Overlere ait maligniteler corpus ve cervixtekilere oranla daha ağır seyirlidir⁵.

Over kanserli hastalarda semptomlar tümör yayıldığı veya palpe edilebilecek denli büyüdüğü zaman ortaya çıktığından, sıklıkla hasta hekime inoperabl dönemde gelmektedir. Üstelik bu semptomlar, over tümörleri gebelikle birlikte olduklarında daha da karışmaktadır^{6,8}.

Gebe uterus, overe ait kitlenin palpasyonunu, özellikle kitle küçük ve kistik olduğu zamanlar rahatlıkla engelleyebilmektedir. Büyüyen bir over tümörü ise, büyüyen gebe uterus, Piskaçek belirtisi ya da bicornus uterus olarak değerlendirilebileceğinden yanlışlara yol açmaktadır.

Olguların büyük bir çoğunluğunda tümörler asemptomatiktir ve torsiyon veya intraperitoneal kanama gibi cerrahi girişim gerektiren komplikasyonlar olmadıkça, gebelik sırasında nadiren saptanırlar. Olgular arasında bu tür komplikasyonlar ise ancak % 5 oranında görülmektedir⁷.

En sık rastlanan semptom abdominal ağrıdır. Ayrıca karın çevresinin hızla büyümesi, doğum sırasında pelviste yer kaplayan, vaginal doğuma olanak vermeyen kitle ve doğum sonrasında uterus involusyonunun gecikmesi de tanıya götüren bulgulardır. Bizim hastamızın da hekime gitmesini gerektirecek belirgin bir yakınması olmadığı halde, gebeliğinin sonlandırılması arzusuyla bize başvurması, over kanserinin erken olarak saptanmasını sağlamıştır. Prezantasyon anomalisi nedeniyle yapılan cesarean section esnasında da tümöral oluşumlar saptanmıştır.

Hastaların yaşları 17-43 arasında değişmekte olup parite ortalamaları ise 1,4'tür⁶.

Over kanserlerinin gebelikteki seyirleri çok hızlı olduğundan kesin tanı ve tedavi olanakları sınırlıdır. Önceleri tanı, klinik muayene ve gereğinde yapılan laparoskopi veya laparotomi ile konulmaktaydı. Oysa son yıllarda gebelik kontrolleri sırasında yapılan rutin ultrason incelemelerinin yaygınlaşması, çok küçük de olsa over tümörlerinin erken saptanmasını sağlamaktadır. Kesin tanı ise laparoskopi veya laparotomi sırasında alınan biopsinin histopatolojik tetkiki ile konulmaktadır^{8,9}.

Tanı konulduğu anda tedavi çok dikkatli olarak planlanmalıdır. Bunda anne-

nin yaşı, paritesi, çocuk isteği, gebelik haftası ve tümörün histolojik türü göz önüne alınmalıdır.

Kistik kitle gebelik korpus luteumu olabileceğinden, bazı yazarlar abortus olasılığını azaltmak amacıyla, cerrahi kararı verirken çok dikkatli olunmasını önermektedirler. Çünkü birinci trimestrdeki operasyonlarda spontan abortus oranı yüksektir (% 33)⁷⁻⁹. Öte yandan gebeliğin dikkatle alınmamasını, tedavinin gebelik yokmuş gibi planlanmasını ve esas amacın gecikmemek olduğunu söyleyenler de vardır¹⁰.

Laparotomiyi düşündürecek semptomlar veren, büyükçe bir over tümöründe malignite olasılığı genel ortalamaya oranla gözardı edilemeyecek kadar yüksektir. Bu oran yaşlı primiparlarda daha da artmaktadır. Maternal ve fetal sonuçlar çok kötü olduğundan özellikle epitelyal orijinli tümörlerde gebeliğin durumuna bakılmadan mümkün olan en uygun tedavi önerilmektedir⁵.

Biz de; hastamızın 35 yaşında, sağlıklı 3 çocuğa sahip olması nedeniyle ve hasta ile eşinin de onayıyla ilk etapta gebeliğin sonlandırılması ve laparotomi, yapılan frozen biopsi sonucunun adenokarsinom gelmesi üzerine de total abdominal histerektomi + bilateral salpingo-ooferektomi kararı verdik.

Frozenle ispatlanmış unilateral müsinöz kistadenokarsinomlu veya herhangi bir tür düşük malign potansiyelli olgularda unilateral salpingo-ooferektomiyi takiben gebeliğin devamına izin verildiğini ve gebeliğin sonuçlanmasından sonra, hastanın yaşı ve paritesine göre ikinci bir gebeliğe de sıkı takip altında izin verildiğini bildiren yayınlar mevcuttur⁵.

Gebeliği ilerlemiş durumdayken tanısı konulan olguların çocuk arzusu da göz önüne alınarak gebeliğin terme yaklaşmasına izin verilebilir. Uygun zamanda doğumu takiben tedavi düzenlenir. Doğumun cesarean section ile yapılması explorasyona ve gereken cerrahi tedaviye izin vermesi açısından daha uygundur.

Sonuç olarak tedavide iki ana yöntem belirlenebilmektedir⁹:

1- Hastaya sıkı takip uygulayarak, gebeliğin devamına izin vermek, fetal matürasyonu takiben cesarean section ve daha sonra total abdominal histerektomi + bilateral salpingo-ooferektomi yapmak, yani konservatif yol.

2- Gebeliği hemen sonlandırarak total abdominal histerektomi + bilateral salpingo-ooferektomi uygulamak, yani radikal yol.

Cerrahi sonrasında ise radyoterapi veya kemoterapi mutlaka uygulanmalıdır.

Son yıllarda gebelik sırasında unilateral salpingo-ooferektomiyi takiben kombine kemoterapi uygulandığını bildiren çalışmalar vardır. Bu olgularda matürasyonu takiben gebeliğin sonlandırılarak, kemoterapinin daha sonra tamamlandığı ve başarılı sonuçlar alındığı bildirilmiştir¹¹.

Gebelikle birlikte görülen ovar kanserli, tedavi görmüş olgularda 5 yıllık sağ kalım oranı % 76'dır, bu oran stage I-A da % 100'e kadar çıkabilmektedir⁷. Bu yüksek oran yazarlar tarafından, rastlanan tümörlerin histolojik türünün uygunluğunun sonucu olarak değerlendirilmiştir. Unilateral salpingo-ooferektomi ile tedavi edilmiş stage I-A olgularda ise % 74 sağ kalım oranı bildirilmiştir⁵.

KAYNAKLAR

1. WHITE, K.C.: Ovarian tumors in pregnancy. Am. J. Obstet. Gynecol., 116: 544-550, 1973.

2. AMICO, J.C.: Pregnancy complicated by primary carcinoma of the ovary. Am. J. Obstet. Gynecol., 74: 920-923, 1957.
3. JUBB, E.D.: Primary ovarian carcinoma in pregnancy. Am. J. Obstet. Gynecol., 85: 345-354, 1963.
4. MUNNEL, E.W.: Primary ovarian cancer associated with pregnancy. Clin. Obstet. Gynecol., 6: 983-993, 1963.
5. CHUNG, A., BIRNBAUM, J.S.: Ovarian cancer associated with pregnancy. Obstet. Gynecol., 41: 211-214, 1973.
6. CREASMAN, W.T., RUTLEDGE, F., SMITH, J.P.: Carcinoma of the ovary associated with pregnancy. Obstet. Gynecol., 38: 111-116, 1971.
7. NOVAK, E.R., LAMBROU, C.D., WOODRUFF, J.D.: Ovarian tumors in pregnancy. Obstet Gynecol., 46: 401-406, 1975.
8. BETSON, J.R., GOLDEN, M.L.: Primary carcinoma of the ovary coexisting with pregnancy. Obstet. Gynecol., 12: 589-595, 1958.
9. WEICHMANN, H., SCHNEPPENHEIM, P.: Beitseitiges ovarialkarzinom in der schwangerschaft. Geburtsh u frauenheilk., 41: 280-283, 1981.
10. PRICHARD, J.A., Mc DONALD, P.C., GANT, N.F.: Williams Obstetrics. Seventeenth Edition., Prentice-Hall International, Connecticut, 06855, 1985, p. 690-693.
11. MALONE, J.M., GERSHENSON, D.M., CREASY, R.K., KAVANAGH, J.J., SILVA, E.G., STRINGER, C.A.: Endodermal sinus tumor of the ovary associated with pregnancy. Obstet. Gynecol., 68: 86-89, 1986.

Doç. Dr. Şakir KÜÇÜKKÖMÜRÇÜ
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum
Anabilim Dalı
BURSA